

LF 01: Recruitment



Study: OPP1120972

Date of recruitment/
treatment:
(DD/MMM/YYYY)

/ / 2 0 1 7

Name of the school:

School ID (SXX):

S

Subject Identifier (XXXXX)	Name of the subject	Standard/ Grade (XX)	Age (XX)	Sex (M/F)	Initials interviewer (XXX)	Selected for Follow-Up *	Date of Follow-Up
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 1 7
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 1 7
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 1 7
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 1 7
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 1 7
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 1 7
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 1 7
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 1 7

* Mark YES if the subject tested positive for STH on any of the diagnostic test used. These subjects will need to be tested during follow-up visit.

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY): / /

LF 02: Stool preservation



Study: OPP1120972

Subject ID (XXXXX)	Date of preservation (DD/MMM/YYYY)	Time in study	Initials of person preserving sample (XXX)	Comments
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Signature investigator : _____ Date (DD/MMM/YYYY)

/ /

RF 01: Kato-Katz Preparation



Study: OPP1120972

☐ Baseline ☐ Follow up

Batch ID (XXXX)	Date of preparation (DD/MMM/YYYY)	Number of samples in batch (XX) (min 5, max 10)*	Time to prepare the slides (min:sec)	Initials of the lab technician (XXX)	Comments
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

* The goal is to process batches of 10 samples. For batches that consist out of less than 5 samples no timing procedures are required.

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY): / /

RF 02: Kato-Katz Examination



Study: OPP1120972

Date of examination (DD/MMM/YYYY):

/ / 2017

☐ Baseline ☐ Follow up

Subject ID (LAXXX)	Slide A/B	Number of <i>Ascaris</i> eggs (XXXX)	Number of <i>Trichuris</i> eggs (XXX)	Number of Hookworm eggs (XXX)	Time to read slide (min:sec)	Initials of the examiner (XXX)	Selected for stool preservation? *
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

* During baseline examination, only stool samples found to contain at least 13 eggs on duplicate Kato-Katz or at least 15 eggs on Mini-FLOTAC for at least one of the three STH need to be preserved. During follow-up examination, all samples need to be conserved (See SOP 11).

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY)

/ / 2017

RF 03: Kato Katz Quality Control



Study: OPP1120972

Date of Quality Control (DD/MMM/YYYY):

/ / 2017

Subject ID (XXXXX)	Slide	Number of <i>Ascaris</i> eggs (XXXX)			Number of <i>Trichuris</i> eggs (XXX)			Number of Hookworm eggs (XXX)			Initials of 2 nd examiner (XXX)
		Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Comments:											

*No false negatives/positives; difference in egg counts: ≤ 10 eggs difference when the total number of eggs counted ≤ 100 eggs (not eggs per gram of stool, but number of eggs counted under the microscope) or $\leq 20\%$ when more than 100 eggs are counted. If sample does not meet these quality criteria, please follow the protocol described in SOP 10.

Signature investigator : _____ Date (DD/MMM/YYYY) :

/ / 2017

RF 04: Mini-FLOTAC preparation



Study: OPP1120972

☐ BL

☐ FU

Batch ID (BXXX)	Date of preparation (DD/MMM/YYYY)	Number of samples in batch (min 5 - max 10) (XX)	SOP 07, Section 4.2: Preparing a batch of stool samples		Comments
			Time (min:sec)	Initials of the lab technician (XXX)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

* The goal is to process batches of 10 samples. For batches that consist out of less than 5 samples no timing procedures are required.

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY): / /

RF 05: Mini-FLOTAC examination



Study: OPP1120972

Date of examination (DD/MMM/YYYY): / / 2017

☐ Baseline ☐ Follow up

Subject ID (XXXXX)	Number of <i>Ascaris</i> eggs (XXXX)	Number of <i>Trichuris</i> eggs (XXX)	Number of Hookworm eggs (XXX)	Time to read the Mini-FLOTAC device (min:sec)	Initials of the examiner (XXX)	Selected for stool preservation? *
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

*During baseline examination, only stool samples found to contain at least 13 eggs on duplicate Kato-Katz or at least 15 eggs on Mini-FLOTAC for at least one of the three STH need to be preserved. During follow-up examination, all samples need to be conserved (See SOP 11).

Signature investigator: _____ Date (DD/MMM/YYYY): / /

RF 06: Mini-FLOTAC Quality Control



Study: OPP1120972

Date of Quality Control (DD/MMM/YYYY): / / 2017

Subject ID (XXXXX)	Number of <i>Ascaris</i> eggs (XXXX)			Number of <i>Trichuris</i> eggs (XXX)			Number of Hookworm eggs (XXX)			Initials of the 2 nd examiner (XXX)
	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Comments:										

*No false negatives/positives; difference in egg counts: ≤ 10 eggs difference when the total number of eggs counted ≤ 100 eggs (not eggs per gram of stool, but number of eggs counted under the microscope) or $\leq 20\%$ when more than 100 eggs are counted. If sample does not meet these quality criteria, please follow the protocol described in SOP 10.

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY) / /

RF 07: FECPAK^{G2} Preparation



Study: OPP1120972

Date of preparation (DD/MMM/YYYY): / /

Batch ID (BXXX)	Number of samples (XX) (min 5, max 10)*	A) Preparation of the samples (Day 1): Mix 3g of stool with water in Fill-FLOTAC, transfer to sedimenter, add water to the “water”-line, close the sedimenter, invert 3 times to mix sample and put aside for overnight sedimentation. (SOP 08, section 4.1.1).		B) Completing submission forms. Create one submission per batch and add the number of samples to be processed to the sample list. (SOP 08, section 4.1.2)		Comments
		Time (min:sec)	Initials of the lab technician (XXX)	Time (min:sec)	Initials of the lab technician (XXX)	
B <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
B <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
B <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
B <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	

* The goal is to process batches of 10 samples. For batches that consist out of less than 5 samples no timing procedures are required

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY): / /

RF 07: FECPAK^{G2} Preparation



Study: OPP1120972

Date of preparation (DD/MMM/YYYY): / /

Batch ID (BXXX)	Number of samples (XX) (min 5, max 10)*	C) Preparation of the cassettes (Day 2): Decant sedimenters, add saline to “saline”-line, transfer to cylinder and insert sieves. Invert 3 times and fill first well of the cassette. Invert cylinder again 3 times and fill second well of cassette. (SOP 08, section 4.2.1).		D) Image capture. Initiate software, select correct sample, click add images, insert cassette into the Micro-I and follow the instructions on the screen. (SOP 08, section 4.2.2).		Comments
		Time (min:sec)	Initials of the lab technician (XXX)	Time (min:sec)	Initials of the lab technician (XXX)	
B <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
B <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
B <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
B <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	

* The goal is to process batches of 10 samples. For batches that consist out of less than 5 samples no timing procedures are required.

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY): / /

RF 08: FECPAK^{G2} examination



Study: OPP1120972

Date of examination (DD/MMM/YYYY): / / 2 0 1 7

☐ Baseline ☐ Followup

SAMPLE ID (XXXXXX)	Number of <i>Ascaris</i> eggs (XXXX)	Number of <i>Trichuris</i> eggs (XXX)	Number of Hookworm eggs (XXX)	Time needed for markup (min:sec)	Initials of the examiner (XXX)	Comments
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	

Signature investigator: _____ Date (DD/MMM/YYYY)

/ / 2 0 1 7

RF 09: FECPAK^{G2} Quality Control



Study: OPP1120972

Date of quality control (DD/MMM/YYYY): / /

U-Ghent use only

Subject ID (XXXXX)	Number of <i>Ascaris</i> eggs (XXXX)			Number of <i>Trichuris</i> eggs (XXX)			Number of Hookworm eggs (XXX)			Initials of the 2 nd examiner (XXX)
	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Comments:										

*No false negatives/positives; difference in egg counts: ≤ 10 eggs difference when the total number of eggs counted ≤ 100 eggs (not eggs per gram of stool, but number of eggs counted under the microscope) or $\leq 20\%$ when more than 100 eggs are counted. If sample does not meet these quality criteria, please follow the protocol described in SOP 10.

Signature investigator: _____ Date (DD/MMM/YYYY) / /

TRF 01: Data entry of baseline demographics



Study: OPP1120972

Data entry ID (DXXX)	Date of data entry (DD/MMM/YYYY)	Number of samples for which data was entered (min 10 –max 50) (XX)	Time needed to enter baseline demographics data (hh:min:sec)	Initials of person entering the data (XXX)	Comments
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Signature investigator : _____ Date (DD/MMM/YYYY) / /

TRF 02: Data entry of Kato-Katz results



Study: OPP1120972

Data entry ID (DXXX)	Date of data entry (DD/MMM/YYYY)	The number of samples for which data was entered (min10 – max 50) (XX)	Baseline (BL) or Follow-up (FU) data?	Time to enter Kato-Katz results (hh:min:sec)	Initials of person entering data (XXX)	Comments
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 1 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> FU	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY)

/ /

TRF 03: Data analysis and reporting



Study: OPP1120972

Data analysis / reporting ID (AXX)	Date of data analysis or reporting of results (DD/MMM/YYYY)	Time to analyse data or report results (hh:min:sec)	Initials of person performing task (XXX)	Task Performed. (See SOP 14 for more info on data analysis and reporting)
A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Comments:				

Signature investigator: _____ Date (DD/MMM/YYYY) / /